

高齢者の質問票は、健康状態や生活機能が低下していないかを確認し、状態の維持・改善に役立てる事を目的としています。
 ご記入いただいた内容については、保健、健診、介護予防等の事業に活用するため、関係部署で共有させていただきますのでご了承ください。
 結果内容により、関係部署から健康教室・健康相談等のご案内や、保健師等からご連絡等をさせていただく場合があります。

本人用

(高齢者の支援を行う関係部署)

健康推進課・保健予防課・高齢者総合支援室・地域共生社会室・長寿医療課・国民健康保険課

記入日 年 月 日

住所	お問い合わせ先 質問票に関する内容について 健康推進課 電話 078-918-5657 FAX 078-918-5440 その他について 長寿医療課 電話 078-918-5165
(フリガナ)	
氏名	
生年(大・昭) 年 月 日 電話 月日 番号	

高齢者の質問票

※該当する回答の番号に○をつけて下さい

	質問文	回答
健康状態	1 あなたの現在の健康状態はいかかですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2 毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3 1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
	5 お茶や汁物等でおせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6 6カ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
運動・転倒	7 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
	8 この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
	9 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
認知機能	10 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれていますか	①はい ②いいえ
	11 今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
喫煙	12 あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
社会参加	13 週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
	14 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
ソーシャルサポート	15 体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ
主観的幸福感	16 あなたはどの程度幸せですか ※該当する点数に○をつけて下さい→	とても不幸 0点 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10点 とても幸せ
取り組み状況	17 いつまでも元気である為にフレイル予防に取り組んでいますか?	①既に取り組んでいる ②近いうちに始めようと思っている ③取り組むつもりはない ④フレイル予防が何かわからない